

中部地区 12 市町村 在宅医療・介護連携推進事業 令和4年度 事業報告書



令和 5 年 3 月



在宅ゆい丸センター

中部地区医師会 在宅医療・介護連携推進事業

令和 4 年度
中部地区 12 市町村 在宅医療・介護連携推進事業 活動報告書

< 目次 >

1. 中部地区医師会在宅ゆい丸センター 基本理念、目標	1
2. 在宅医療・介護連携推進事業について	2
3. これまでの経過	3
4. 令和 4 年度 年間計画と達成率	4
5. 各取り組みの連動性	5
6. 各ブロック在宅医療・介護連携推進会議 意見整理表	6
7. 課題整理表	8
8. 令和 4 年度 項目別活動実績	9
・ 医療・介護おたすけマップ	9
・ 在宅医療・介護連携推進会議	10
・ 中部地区合同会議	11
・ 中部地区訪問介護事業所連絡会	12
・ 相談窓口	13
・ 出前講座	14
・ その他普及啓発	15
・ ホームページ	16
・ 連携支援に係る冊子	17
・ 多職種研修会	19
・ DVD 貸出研修	23
・ ファシリテーション養成講座	24
9. 総括	25

1.中部地区医師会 基本理念

<中部地区医師会 基本理念>

～本人、家族の在宅医療・介護の選択肢を増やす支援～

中部地区医師会 在宅ゆい丸センターでは、医療と介護を必要とする高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしが続けられるよう、また本人や家族の意向を尊重した医療と介護のサービスが提供できるよう多職種連携の体制構築の推進を図る。

中部地区医師会 カテゴリー別の基本目標

<中部地区医師会 カテゴリー別の基本目標>

入退院支援

- 本人や家族の意向を尊重し、病院と在宅の関係者が協働する「連携体制」
長期目標:本人の望む場所に戻り、医療やケアを受けながら不安なく生活を再開できる。
短期目標:互いの専門性を理解し、本人や家族のための情報共有を行う。

療養生活支援

- 本人が医療や介護が必要になっても地域での暮らしを支える「連携体制」
長期目標:地域住民が外来診療・在宅療養等を選択し、自分らしく生活を継続できる。
短期目標:地域住民が地域の在宅医療・介護の資源を把握し、在宅療養の知識を付ける。

急変時対応

- 日頃から本人や家族、関係者との情報共有を心がけた「連携体制」
長期目標:状態変化時に本人の望む治療を受けることができる。
短期目標:多職種間の情報共有の体制を強化する。

看取り支援

- 本人や家族が安心して最期の時を過ごせる「連携体制」
長期目標:住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最期まで生活する。
短期目標:医療・介護関係者や地域住民へ看取り等に対する理解を深める。

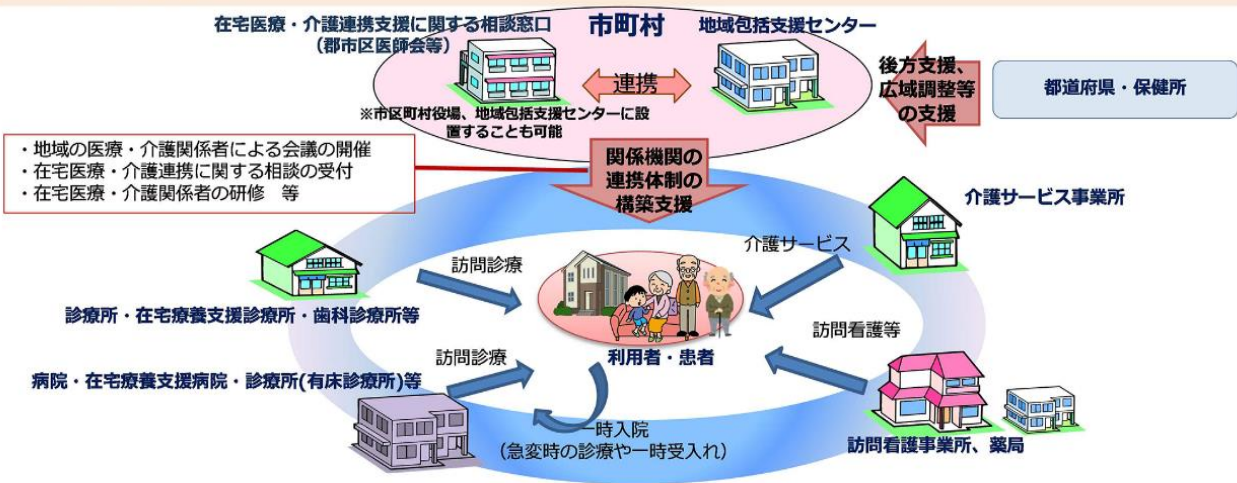


2. 在宅医療・介護連携推進事業について

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進することを目的とする。
- PDCA サイクルに沿った取組を行う中で必要なサービスの整備等に関する課題が浮上する場合もあるが、都道府県の医療計画や市町村の介護保険事業計画等に基づく、医療提供や介護サービスの提供体制そのものを評価し、整備を進めることを目的とするのではなく、地域における現状の社会資源を正確に理解し、住民のニーズに基づき、地域のめざすべき姿はどのようなものかを考えた上で、医療・介護関係者との協働・連携を円滑に進めることで、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を推進する。

在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関(※)が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 (※)在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等 (定期的な訪問診療等の実施)
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所(有床診療所)等 (急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施)
 - ・訪問看護事業所、薬局 (医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等)
 - ・介護サービス事業所 (入浴、排せつ、食事等の介護の実施)
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



引用:在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer. 3

3. 中部地区医師会 在宅医療・介護連携推進事業のこれまでの経過(概要)

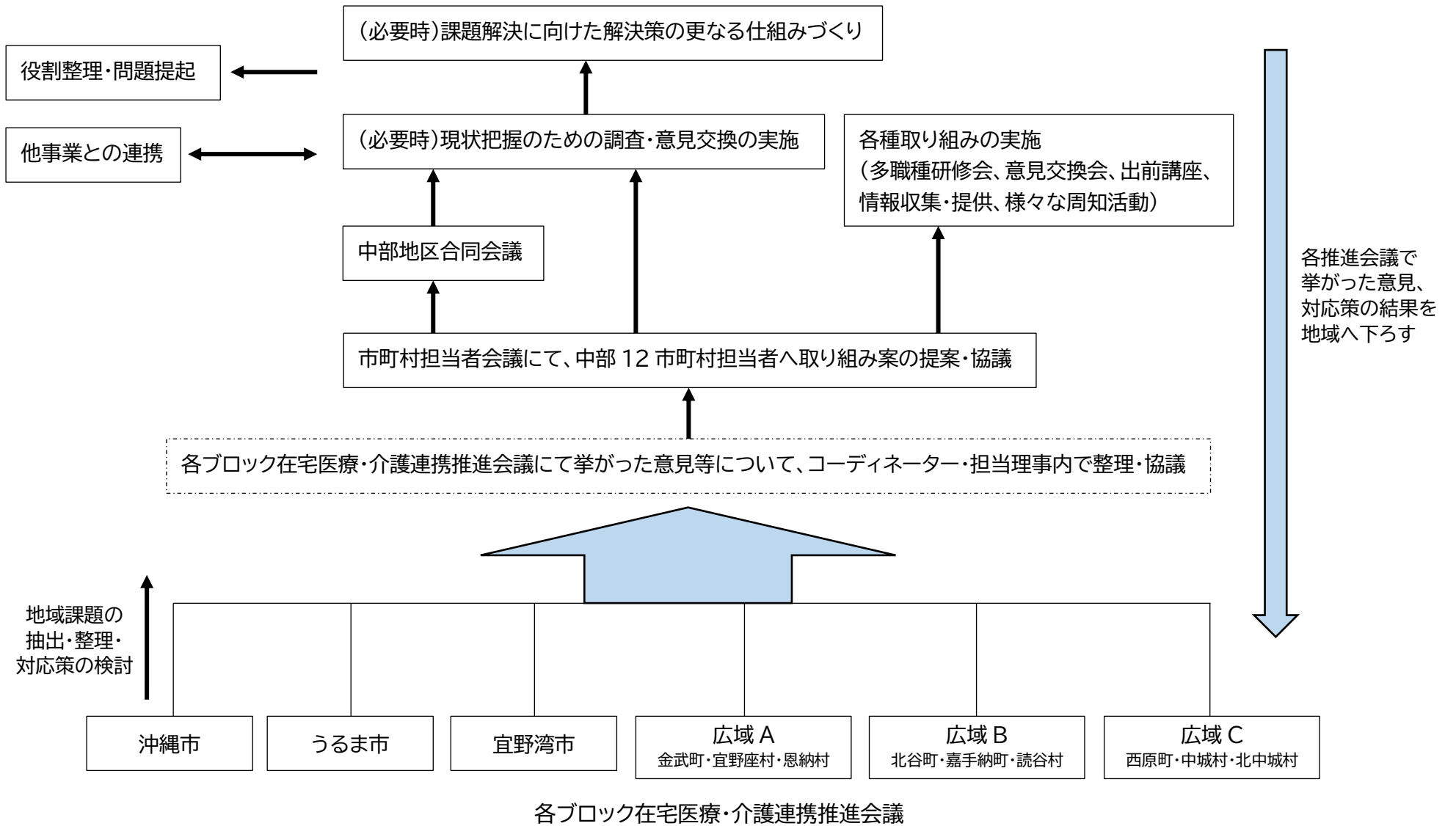
	医療・介護関係者へ向けた取り組み	共通の取り組み	地域住民へ向けた取り組み	その他
平成 29 年度 (事業開始)	在宅医療・介護連携推進会議 ↓ 多職種研修会	医療・介護おたすけマップ ↓ ホームページ	(大規模)講演会 ↓ エンディングノート	沖縄県・県医師会 各市町村 との連携体制
平成 30 年度	入退院支援連携 マナーブック	相談窓口		各種調査・ 意見交換
平成 31 年度				沖縄県制作 命しるべの周知
令和 2 年度 (コロナ流行)	Zoom 活用し継続 ↓ DVD 貸出研修 ↓ 中部地区訪問介護 事業所連絡会 ↓ 在宅・救急連携 基本的な心得	コロナ研修・ 相談窓口	ACP 短編漫画・ アニメーション動画	
令和 3 年度				
令和 4 年度			(小規模) 出前講座	

4. 令和4年度在宅医療・介護連携推進事業 年間計画と達成率

事業項目		計画内容・回数等		達成率	備考
1	地域資源の把握、提供	医療・介護おたすけマップの運用	通年	50%	・基本情報の登録 100% ・詳細登録率目標 75%:実績 70%弱
		在宅医療・介護連携に関する情報の収集、提供	適宜	100%	・コロナ対応可能な葬儀社 ・無償、有償ボランティア、自費サービス
	地域課題の抽出、対応策の検討	各ブロック在宅医療・介護連携推進会議の開催	4回	100%	
	切れ目ない在宅医療・介護サービス提供体制の構築推進	中部地区合同会議の開催	2回	100%	
		中部地区訪問介護事業所連絡会の運用	適宜	100%	・事業所へのヒアリング、意見交換会を実施 ・連絡会2回開催
		連携強化型在宅療養支援診療所連絡会への参加	毎月	100%	
		在宅医療の推進を図るための情報収集	適宜	100%	・令和4年度診療報酬改定に伴う在宅医療の項目の情報収集
2	相談支援	医療介護連携に関する相談窓口の運用	通年	100%	
3	地域住民への普及啓発	小規模の講演会(出前講座)	適宜	90%	・ACP 出前講座 18回実施 ・外部講師による講演会は未達成
		既存ツールを活用した普及啓発	適宜	100%	・沖縄タイムス ・市町村広報誌等
4	医療・介護関係者の連携支援	ホームページの運用、情報提供	通年	100%	
		入退院支援連携マナーブックの周知	適宜	100%	・研修会時に活用、周知 ・報酬改定に伴う修正作業
		在宅・救急連携の基本的な心得の周知	適宜	70%	・研修会時に活用、周知 ・調査は次年度へ持ち越し
	医療・介護関係者への研修	カテゴリー別の多職種研修会の開催	4回	100%	
		DVD 貸出研修の実施	通年	75%	目標 100本:実績 75本
		ファシリテーション養成講座の開催	2回	100%	
		フレイル・サルコペニア予防講習会			※追加実施
	その他	市町村担当者調整会議の開催	6回	100%	
		課長会議(事業報告会)の開催	1回	100%	
		沖縄県・県医師会主催の連絡会への参加	適宜	100%	10/28、1/12
各地区医師会コーディネーター会議		毎月	100%		

※各取り組みの概要は、9～24 ページを参照。

5. 中部地区医師会 在宅医療・介護連携推進事業 各取り組みの連動性



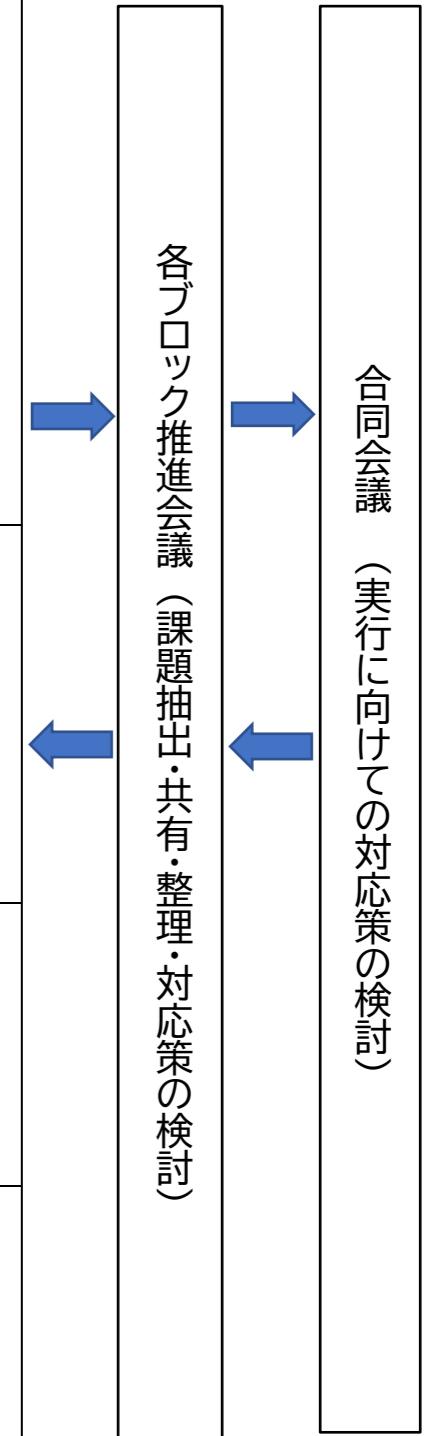
6. 各ブロック在宅医療・介護連携推進会議 意見整理表(令和4年度:全4回分)

	入退院支援	療養生活支援	急変時対応	看取り支援
沖繩市	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供書や各種サマリー類が確実にケアマネに届くような解決策が必要。 本人や家族の希望する在宅生活の提案ができるようカンファレンス開催時期や退院前カンファレンス前に事前情報の共有等の工夫が必要。 キーパーソン不在により、施設入所の調整困難、看取り後の引き取り問題、介護サービス利用ができず急性期病院へ入退院を繰り返す、通院(治療継続)が行えない等の負の連鎖が起きている。 退院直近でも、事前情報がある状態で本人をオンラインで直接確認する事で退院後介入しやすい。 急性期病院→在宅へ帰る場合と、時々入院ほぼ在宅の方の退院は分けて考える必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> コロナ禍のオンライン診療の活用の伸び悩みおよび定期受診等の診療の在り方に関する課題がある。 (コロナ発生以降)薬剤師訪問や薬剤宅配等を行っている薬局の情報や新規サービス等の情報収集が難しい。 成年後見人制度や日常生活自立支援事業の金銭管理等の周知および活用方法に関する情報共有の必要がある。 緊急通報システム等だけに頼るのではなく、地域住民や自治会等による普段からの見守り、地域の繋がりが大事。 身寄りのない方のサービス調整、転院・退院調整、住まいの確保が困難。ケース増加で行き場がなくなっている。 キーパーソンがいない方のサービスを引き受けたくないという事業所が今後増えていく可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急医療情報キットの普及および最新の情報更新で緊急時連携がスムーズとなることが期待される。 (医療行為がほとんどない)老衰の看取りが行える施設が増えることで、望まない救急搬送とならないことが期待される。 看取りを行える施設となるために施設介護職に老衰の進行症状についてや長期的な経過をたどることを理解してもらうことが必要。 介護職との連携部分で医師側としていつでも連絡していいと伝え連携しづらさのハードルを低くしていく必要がある。 看取りが行えない施設からの救急搬送が多く、看取り可能な場所への移行タイミングに関する課題がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者施設で看取り対応が困難なのは夜間体制の人数不足等も大きな問題となっていると感じる。 看取りを行える高齢者施設が少ないという課題に対する数値目標の設定。 看取り実施高齢者施設は、以前より増加傾向の印象あり。 転院調整で使用薬剤やキーパーソン等の問題でご家族希望の転院先調整が難しい場合に説明をしてもなかなか理解してもらえないことがある。 自治会および民生委員、地域住民への病院機能の周知が必要。知ることで住民自ら考え行動することに繋がる。 看取り対応ができる施設という考え方でなく、最期まで本人の希望を叶えられる施設、寄り添う事ができる施設、という考え方で事業推進を図れると良い。
うるま市	<ul style="list-style-type: none"> 独居、身寄りのない方、キーパーソンはいるが理解力の弱い方の際に難航する。 障害者施設との連携の必要性が高まっている。 在宅看取り推進に向け、急性期病院の職員も、自宅に戻れる事の知識を付けないといけない。 退院後、在宅側からの報告等がなく、多忙により院内研修もできないため在宅のイメージが湧きにくい。相互研修ができるといい。 コロナの影響で面会等ができず、家族や支援者が本人の病状理解が難しい。 施設や訪問診療所の受け入れ状況を迅速に把握できるツールがあると助かる。 	<ul style="list-style-type: none"> キーパーソン不在が深刻化している。地域全体で支援方法を検討すべき。 身寄りのない方問題は大きい。各関係機関の役割を整理、明確化する必要がある。 現在地域に身寄りのない方がどれくらいいるか把握し、支援介入方法を考えておく必要がある。 沖縄県外の移住者や生活保護受給者が増えている。 介護や介助が必要となった原因に骨折、転倒がある。介護予防の視点も入れるべきでないか。 訪問系サービスが住民にあまり知られていない。冊子があるといい。 精神科の訪問診療医が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人が医療拒否し救急搬送を断るケースが葛藤する。 	<ul style="list-style-type: none"> 看取りの不安は、経験をする事である程度解消できる。 看取り対応が難しいと感じている施設は、不安などもあると思うが、責任問題の要因も強いのではないか。 現在関心のある施設へアプローチし看取り対応できる施設を増やせると、できない施設が少数派となり少しずつ意識を変えられるのでは。 訪問診療医が少ない。地域のかかりつけ医も何かしら役割を担っていく必要がある。 有料等、看取り体制構築が難しい施設への助言を老健が行っていいのでは。 制度はあっても、担当者によって機能・活用できていない事がある。医療介護連携の重要性を広げていく必要性。
宜野湾市	<ul style="list-style-type: none"> オンライン体制が未整備の医療機関との連携がとりづらい。出来れば体制を整えて欲しい。 退院時サマリー等は、療養生活に不必要な項目が多い為、必要な情報を貰える提案は必要。 退院時に訪問看護や訪問リハビリを導入する事で次の入院までの期間が長く、入院率も半減するデータがある。特養では訪問歯科を導入し誤嚥性肺炎での入院が減っている。 医療度の高い方の帰来先やうけ入れ先が少ない フォーリーカテーテルや胃ろう等の交換できる医療機関や訪問看護も少ない為、どのように対応したらよいか課題。 	<ul style="list-style-type: none"> 口腔機能の低下で嚥下や介護状態を悪化させる。介護予防の為に歯科の早期受診、定期的な受診が必要。 キーパーソン3人以上が受け入れ条件の医療機関や施設があり、急性期からの受け入れ先がなく調整が難しい。 本人の意思が尊重できるように、元気な時から関係者間で情報共有が必要。 県外からの移住者が高齢になり、キーパーソンが遠方や関係悪化などの問題があると治療方針の決定も難しい。 家族機能の代行が行える社会資源の活用や掘り起こしをしっかりとしないといけない。 入退院を繰り返す人は薬剤管理が出来ていない事が多い 外国籍の方が増えていて、翻訳機では対応困難な用語もあり、意思疎通や契約が難しい。対応が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 救急搬送をしない場合する場合を取り決める事で、望まない搬送を減らせるのではないか。 本人の意思の尊重や本人が意思疎通困難な状態や判断能力がない場合、本人と家族の意向の違いや家族間の意向の違いがあると対応が難しい。 家族間のパワーバランスで合意形成を図る事が困難。 自宅看取りについて話し合いを行っても、いざという時に救急要請する事があるのでACPの普及啓発は重要と感じた。 	<ul style="list-style-type: none"> 施設の方針により看取り体制も異なる。経営的メリットがない施設もあり、看取りに対するモチベーションや意識がなければ行えない。メリットの理解や対応策が必要。 在宅看取り希望の場合は早めに訪問診療対応の医師の確保が必要。 本人の生き方、考え方の尊重と本人、家族の希望の確認、多職種での連携、共有を行う事が必要だと思う。 看取り支援を行いたいが、ヘルパーは高齢化して後に続く人もいない。人員確保が難しい。 住民が考える施設看取りと実際の看取りには違いがある為、地域住民向けの講演会を行った方が良いのでは。

	入退院支援	療養生活支援	急変時対応	看取り支援
広域 A	<ul style="list-style-type: none"> ・現状は、保証人協会の対応地域ではない為、キーパーソン不在の方や認知症の方の身元保証が課題。 ・キーパーソン不在の方や独居の方は、服薬管理や見守り体制の構築が難しい。介護度が軽いと生活もカバーできず、地域との交流もないと、どのように見守りを行えばよいか課題。 ・地域住民の方は病院や介護施設の機能や種類について把握や理解が難しいので、サービス開始の際にトラブルにならない様、丁寧な説明が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・村内に大きい病院がなく、受診時に交通費がかかる為、村で支援しているが介護タクシーを使用すると経済的な負担が大きい。自分では受診できない、受診日の管理もできない場合、訪問診療を活用したいが訪問診療先も少ない。近隣に透析を行っている医療機関がないため、透析通院の対応が特に難しい。 ・サービスが入っても 24 時間関わる事は出来ないので、色々な人を巻き込んで、解決に向けて、地域のみなどで考えていく必要がある。 ・独居やキーパーソン不在の方の見守りや関係者間の情報共有、連携体制の構築が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・気が動転して看取りの方の救急搬送を行う場合がある為、情報の共有を徹底する。また救急隊の役割の理解が十分認識されているので普及啓発が必要。 ・急変時に救急搬送の判断を家族が行うのは難しい為、本人や家族の意思の確認、ACP について繰り返し話し合う機会を持ち関係機関と情報共有する事は重要。 ・いつもとの違いを見逃さない事は重症化を防ぐので大切。 ・年齢に関係なく救急搬送についての確認は必要。イベント等、家族が集まる機会に話し合う方が良いと思う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・施設職員の看取りに対する連携不足、不安や怖い等の課題は、外部サービスの導入により、成功体験を得る事で解決すると思う。 ・特養では嘱託医との連携もスムーズで看護職員も積極的に看取り指導を行っている。 ・老健は、医師も看護師も配置され看取りも行っている。外部サービスは施設持ち出しになるので利用は難しい。 ・コロナ禍では、看取りだけの方も増え、当日連絡が来るなど急な退院も多くなっている。
広域 B	<ul style="list-style-type: none"> ・医療ケア(吸引・インシュリン等)対応・入所できない(外部サービス活用も有効) ・コロナ禍で退院カンファレンスが十分に行われず在宅療養体制が不十分、急なサービス調整実施。 ・連携方法としてオンラインやICT活用が有効。 ・医療機関と在宅サービス相互の役割理解や介護、医療保険制度や加算等の理解促進。 	<ul style="list-style-type: none"> ・独居高齢者・身寄りのない方、自己判断が乏しい場合の意思決定支援、ガイドライン周知や事例検討研修の必要性。 ・ACP について元気なうちから考え備える地域住民・医療関係者への普及啓発が重要。 ・コロナ禍で人員不足や、施設内療養等を経験し事業継続(BCP 計画)について整理し事前備えの重要性を確認できた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医と連携し療養中の変化に備え事前に話し合い日頃より ACP についてチーム間での連携・共有が重要。 ・誤嚥性肺炎や尿路感染症等、悪化防止への症状アセスメントを医療者と協働で実施し急変を未然に防ぎ備える。 ・コロナ禍で医療機関や施設が創意工夫し療養安全確保に努めた結果施設力向上へ繋がった。 ・救急や医療機関の役割について地域住民へ理解してもらう働きかけも必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看取り支援経験が少なく不安、施設種別により外部サービス導入困難、金銭的なメリットがない等で看取り支援対応できない場合もある。 ・看取り成功体験を重ねていくことで看取りを積極的に実施。コロナ禍で療養から看取りを経験し自信となり次回へ繋がられた。 ・医師や看護師の理解・協力が得られず本人の望む最期の支援へ繋がらない(老人福祉施設等)
広域 C	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院支援がスムーズにいかない理由の一つに病院医療専門職が在宅で生活する方のイメージができていないことがある。 ・入院中に在宅での生活を考慮し、退院後の日常生活で困らない状態で退院させてもらいたい。 ・ケースにより入院時点から退院調整進めた方がいい場合があり病院との調整タイミングが課題。 ・身寄りのない独居高齢者や介護保険に繋がっていない方等の入退院支援(特に退院調整)は調整や対応が難しいことが多い。 ・MCS は多職種連携をスムーズにし、より良いサービス提供に繋がるとも便利なツール。各関係者が持っている情報を共有することで埋もれた情報の有効活用ができ豊富な情報が得られる。 ・(施設からの入院時)病院側は長期入院中でも施設ベッドが確保されているものと誤解している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソン不在の方のサービス調整や転院・入所等の調整困難。遠方の親戚に緊急連絡先となってもらう又は高齢者支援協会やウパンナさん等の活用を行っている。 ・広域 C の 3 町村合同で地域の企業から資金面支援提供等を受け、身元保証支援の仕組み作り等もよいのでは。 ・北中城村は成年後見制度利用促進中核機関で住民後見人育成を行っている。 ・成年後見人や身元保証に関して、今後身寄りのない高齢者が増える事を考えると行政のサポートがあるとすごく良い。 ・高齢者施設が抱えるキーパーソン問題と病院での治療方針決定に関するキーパーソン問題は別の印象を感じる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・エンディングノートへの関心は高まってきているが看取りの普及はしていない印象。 ・在宅医に丸投げとならないよう在宅医療や在宅看取りへの理解を深めてもらえる工夫が必要。 ・最期が近い方の変化に気付いた際に速やかに訪問診療に繋がられるよう家族にお声掛けをしている。 ・救急搬送しないという選択肢や在宅看取り等、複数の選択肢からできるよう。 ・サマリーをケアマネへ提供することで加算を取ることができるよう院内へ声かけを行っている。 ・常時見守りが必要な方を受け入れに関して、施設職員が対応の工夫や仕方がわからない部分もあるが、限られた職員数で安全面を考慮すると受け入れ人数制限をせざるを得ないジレンマがある。 ・今後は見守りシステム等の機器類に加え、ボランティア等の人材活用をしていけるようにしたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・体制を整えるために本人、家族を含めた関係者で繰り返し話し合い、情報共有や今後起こりうることへの対応方法を考えておく事が大事。 ・介護職員は医療職への敷居の高さを感じている。医療職側からの声かけやチームで取り組んでいるという気持ちの共有が大事。 ・看取り体制の施設の差は経験の差であるため、経験を重ねることで不安が取れていくと思う。事業所内でのサポート体制があると良い。医療側としても応援する。 ・何か起きたら救急搬送ではなく、訪問看護や在宅診療医に相談できることを伝え職員や家族の不安軽減が可能。 ・看取り、キーパーソン不在は永遠のテーマなので焦って答えが出るものではなく意見交換をすることが大事。 ・看取り前提で入所できる施設が少ない印象あり。 ・在宅看取りは若干増加している印象あり。

7. これまでに挙がっている課題の集約、現在実施している対応策と今後（要約図）

課題の結果	課題の集約	対応策
本人の状態や生活環境に合わせた医療介護の選択ができる地域資源の把握・地域作り	地域で選択できる多様な医療介護提供の体制構築	<p>●ACP 普及啓発、地域における各種団体との連携 <今後検討する内容> ・医療介護関係者・包括支援センター・社会福祉協議会等との協同開催による出前講座</p> <p>●医療・介護関係者への在宅医療介護の理解促進 <今後検討する内容> ・事業活動周知・在宅医との連携強化、研修会への参加促し</p> <p>●相談支援、地域資源の把握・情報発信 <今後検討する内容> ・地域包括支援センターとの相談内容共有・整理 ・地域資源、レスパイト、自費サービス把握・情報提供</p> <p>●療養生活支援をテーマとした多職種研修会 <今後検討する内容> ・「身寄りのない人の入院及び医療に関わる意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」の理解促進 ・医療・介護関係者の資質向上 ・療養者セルフマネジメント生活質向上への取り組み</p>
入院時に退院を見据えた医療機関・在宅サービスへのスムーズな入退院連携が構築されていない	在宅療養を見据えた入退院連携の促進と多職種の役割理解・促進	<p>●入退院支援をテーマとした多職種研修会、必要に応じ意見交換会（一次・二次連携） <今後検討する内容> ・入退院マナーブックの活用・周知 ・医師・在宅医を含む多職種意見交換会及び顔の見える関係作り</p> <p>●各種データ把握・情報収集 <今後検討する内容> ・在宅医療介護に必要なデータ収集、地域資源把握、整理・分析</p> <p>●地域における各種団体との連携/出前講座 <今後検討する内容> ・地域住民へ知ってほしい在宅医療・サービスについて</p>
病状変化や救急搬送時の適切な患者情報提供や急変に備えた話し合いが事前に行われず患者の意向に沿った医療提供ができない	かかりつけ医、関係者との段階に応じたACP 適切な情報提供によるスムーズな連携体制構築	<p>●急変時対応をテーマとした多職種研修会 <今後検討する内容> ・かかりつけ医・関係者へ ACP 普及啓発 ・「介護施設等における在宅・救急連携の基本的な心得」の周知</p> <p>●地域における各種団体との連携・地域作り/出前講座 <今後検討する内容> ・地域住民へ知ってほしい救急の役割・医療について</p>
介護施設等の人員不足、医療介護職の看取り理解・経験不足、施設方針により看取りを行えない	医療介護機関、多職種連携による看取り体制の整備	<p>●看取り支援をテーマとした多職種研修会 <今後検討する内容> ・医療介護関係者・多職種連携による看取り支援研修</p> <p>●地域における各種団体との連携・地域作り/出前講座 <今後検討する内容> ・地域住民に知ってほしい ACP 普及啓発（命しるべ、エンディングノート、短編動画、もしバナカードゲーム活用）</p> <p>●看取り支援推進のための意見交換会 <今後検討する内容> ・看取り体制部会設置/地域の看取り支援実態把握アンケート/施設間の相互研修</p>



8. 令和4年度 在宅医療・介護連携推進事業 活動実績

地域の医療・介護資源の把握、提供

(1)医療・介護おたすけマップ

医療・介護おたすけマップ



【目的】

地域の医療・介護関係者の連携に必要な情報を提供することにより、地域の医療・介護関係者が、照会先や協力依頼先を適切に選択、連絡できるようにする。さらに、把握した情報を活用して、地域住民の医療・介護へのアクセスの向上を支援する。

中部地区医師会、北部地区医師会、南部地区医師会、那覇市医師会との共同運用による「医療・介護おたすけマップ」を管理。

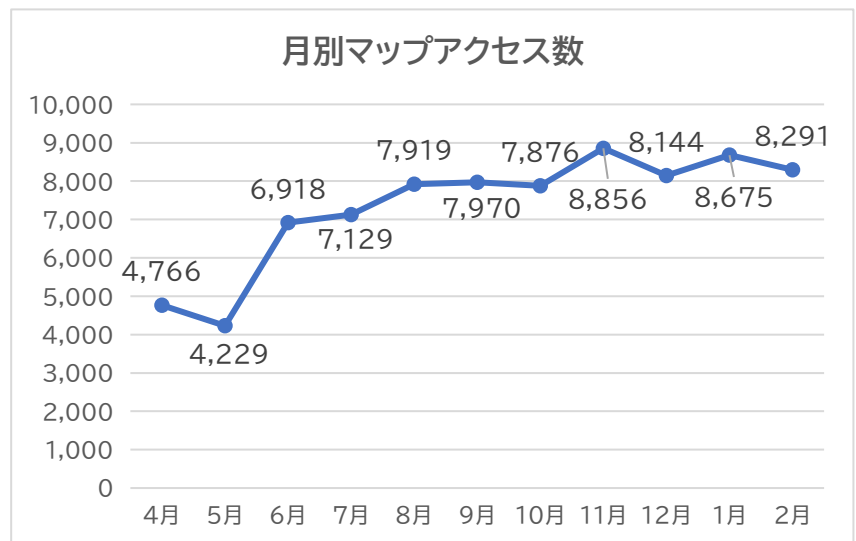
【基本情報登録】 中部地区の医療機関・介護施設 1749 件

【詳細情報登録】 1749 件中 1212 件(69.2%)



【月別アクセス数】

	アクセス数	前月比
4月	4,766	+1,028
5月	4,229	-537
6月	6,918	+2,689
7月	7,129	+211
8月	7,919	+790
9月	7,970	+51
10月	7,876	-94
11月	8,856	+980
12月	8,144	-712
1月	8,675	+531
2月	8,291	-384
月平均	7,043	-



【詳細情報登録依頼文書の郵送】

1回目：6月／1737施設（基本情報が登録されている全事業所へ郵送）

2回目：12月／568施設（詳細情報が登録されていない事業所へ郵送）

(2)その他ニーズに合わせた地域資源の情報収集

- コロナで亡くなられた方の火葬対応可能な葬儀社のリストアップ
- 各地域の無償、有償ボランティア、自費サービスの情報収集

地域課題の抽出・整理・分析、対応策の検討

(1)在宅医療・介護連携推進会議

【目的】

地域の医療・介護関係者等が参画する会議をブロック別に定期開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と、課題の抽出、解決策の検討を行う。

- ・地域で従事している多職種で構成し、顔の見える関係を作る。
- ・地域の現状を把握し地域課題を抽出し、整理・分析を行う。
- ・多職種の委員から地域課題の対応策に関する意見や要望等を拾い上げ、対応策の検討を行う。

【構成委員】

・中部地区医師会在宅ゆい丸センターコーディネーター、各市町村事業担当者が会議主体。

参加職種 医師、歯科医師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、入退院支援看護師、訪問看護師、介護支援専門員、訪問介護員、介護福祉士、施設管理者、施設相談員、理学療法士、地域包括支援センター、その他テーマに応じたオブザーバー 等

ブロック

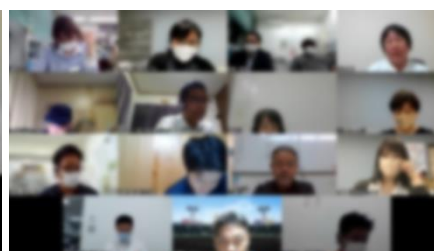
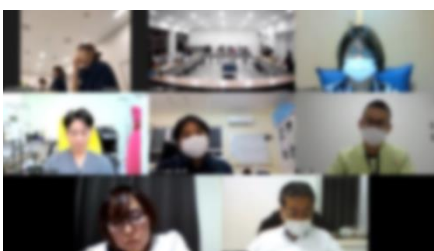
沖縄市 …… 13 名	金武町・宜野座村・恩納村(広域 A) … 8 名
うるま市 … 13 名	北谷町・嘉手納町・読谷村(広域 B) … 8 名
宜野湾市 … 12 名	西原町・中城村・北中城村(広域 C) … 8 名

【開催日・開催方法】 ※各ブロック概ね 2 時間程度の開催。

	沖縄市	うるま市	宜野湾市
1	R4.5 月 23 日(月) Zoom	R4.5 月 26 日(木) Zoom	R4.6 月 16 日(木) Zoom
2	R4.8 月 15 日(月) Zoom	R4.8 月 25 日(木) Zoom	R4.9 月 15 日(木) Zoom
3	R4.11 月 21 日(月)会場+Zoom	R4.11 月 24 日(木)会場+Zoom	R4.12 月 15 日(木) Zoom
4	R5.2 月 20 日(月) Zoom	R5.3 月 2 日(木) 会場+Zoom	R5.3 月 16 日(木) Zoom
	金武町・宜野座村・恩納村	北谷町・嘉手納町・読谷村	西原町・中城村・北中城村
1	R4.5 月 18 日(水) Zoom	R4.5 月 19 日(木) Zoom	R4.5 月 30 日(月) Zoom
2	R4.8 月 17 日(水) Zoom	R4.8 月 18 日(木) Zoom	R4.8 月 22 日(月) Zoom
3	R4.11 月 16 日(水) Zoom	R4.11 月 17 日(木) Zoom	R4.11 月 28 日(月) Zoom
4	R5.2 月 15 日(水) Zoom	R5.2 月 16 日(木) Zoom	R5.2 月 27 日(月) Zoom

【各ブロックの意見交換内容】

6～7 ページ参照



切れ目のない在宅医療・介護のサービス提供体制の構築推進

(1)中部地区合同会議

【目的】

中部地区の医療介護連携における広域的な課題について、地域包括ケアシステムの構築推進に向け、今後、より現状に即した効果的な取り組みを行えるよう、各ブロック在宅医療・介護連携推進会議の委員の代表を招集し、現状の共有を含め、当事業における効果的と思われる取り組みについて意見交換を行う。令和4年度は、「在宅(施設・自宅)看取り体制の推進に向けて」をメインテーマとする。

【構成委員】

・各ブロック在宅医療・介護連携推進会議の委員の代表、各市町村事業担当者、中部地区医師会で構成。

参加職種 医師、歯科医師、薬剤師、入退院支援看護師、医療ソーシャルワーカー、訪問看護師、介護支援専門員、施設管理者、介護福祉士、訪問介護員、理学療法士、地域包括支援センター 等

【開催日・開催方法】

第1回:令和4年9月29日(木)19時~21時/会場+Zoom

第2回:令和5年3月14日(火)19時~21時/会場+Zoom



【意見交換内容】

第1回	議題	1. 在宅医療・介護連携推進事業と活動状況について、沖縄県の現状等について 2. 看取り支援における多職種連携の課題等について 3. 在宅(施設・自宅)看取り体制の推進に向けて
	主な意見	●施設管理者、判断をする側への理解促進やマニュアル・ツール等、また経験がなく進まないことの対応策としてマッチング、同行支援の提案。 ●高齢者施設は施設種別ごとに基準が違うため、一緒くたにするのではなく施設種別で分けて意見交換の場があるとよい。 ●地域住民だけでなく、医療・介護関係者にも地道に普及啓発を行う。 ●元気なうちからのアプローチ。介護予防事業やその他事業との連携。(健康寿命を延ばす)(歯科、リハ)
第2回	議題	1. 令和5年度設置予定の在宅看取り部会の目的の設定・共有 2. 在宅看取り部会の体制等について
	主な意見	●ワーキンググループを4つほど設置し、各部門で検討を深められると良い。 ●施設看取りだけでなく、自宅看取りに関しても検討すべき。また、地域によって資源等の差があるため、具体策を検討する際は地域特性も踏まえたほうが良い。 ●地域住民へのACP普及啓発に関して、地域住民の代表(自治会長など)をメンバーに入れるといい。私たち専門職が考え付かない視点が得られる事が多くある。 ●かかりつけ医、看護師との具体的な連携方法についての検討。また、身寄りのない方、認知症などの高齢者が増えるため、地域ごとの顔の見える関係作りが重要。

➔ 上記意見を参考に、令和5年度「在宅看取り部会」の体制構築、効果的な推進を図る。

切れ目のない在宅医療・介護のサービス提供体制の構築推進

(2)中部地区訪問介護事業所連絡会

【目的】

在宅介護の要となる訪問介護員の資質向上及び事業所間の顔の見える関係作りを目的とする。中部地区訪問介護事業所連絡会設立の支援をおこない、一次連携の構築による訪問介護事業所間の横の繋がりの強化、実用的な勉強会を通して質の向上、継続的な連絡会運営の支援を行うことによりスムーズな多職種連携の一助とする。

【登録事業所】

- ・本連絡会は登録制とする。(横のつながりの強化、連絡会の一員であるという意識を持ってもらうため)
- ・中部地区にある訪問介護事業所 111 か所のうち、47 事業所の登録あり。(全体の 42%)

【令和 4 年度 活動内容】

第 1 回	令和 4 年 9 月 22 日(木) 14 時～16 時	中部地区医師会 3 階ホール
意見交換会	令和 5 年 1 月 16 日(火) 14 時～16 時	Zoom
第 2 回	令和 5 年 3 月 14 日(火) 14 時～16 時	中部地区医師会 2 階会議室 + Zoom

【今後の方向性】

- ・登録事業所(仲間)を増やしつつ、無理のない連絡会の継続運用に向けて検討。
- ・ともに体制を構築していきながら、後方支援に回る(運用支援の継続)。

【意見交換内容】

- ◆合同研修会開催は良いと思うが事前準備等の負担がある。
- ◆現実的に日々の忙しい業務の中、連絡会に関する作業を行う余裕がない。
- ◆毎年の研修がマンネリ化するため、合同で研修会参加(動画の同時視聴)や意見交換会ができるといい。
- ◆必須研修がなかなかできないため、合同研修会を開催してもらえると助かる。
- ◆合同研修会で勉強したことを、参加できなかった職員に振り返りができる。
- ◆ケアプラン外の依頼の上手な断り方に関する勉強会や研修会があるとありがたい。
- ◆連絡会体制に関しては、市町村単位で行った方がよい。(近隣事業所との横のつながりが欲しい)
- ◆ブロック単位(市町村単位)であれば、連絡会開催場所を持ち回りで行えると尚よい。

令和4年度 在宅医療・介護連携推進事業
中部地区訪問介護事業所連絡会

目的：
地域で暮らす介護を必要とする高齢者を支える要となっている訪問介護は、高齢者人口の増加とともにニーズが高まっているが、慢性的な人員不足など訪問介護員を巻き込む環境は厳しくなっています。
中部地区医師会・在宅ゆい丸センターは、在宅医療・介護連携推進事業の一環として、中部地区の訪問介護事業所の横のつながりの強化・質の向上などを図ります。

現在、中部地区にある34事業所が連絡会に登録しています！

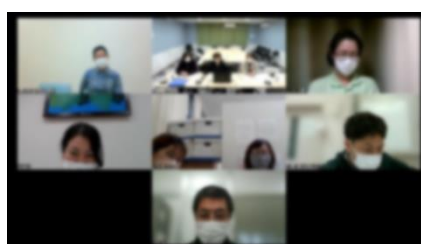
主な活動内容：
(令和3年度に開催した連絡会・勉強会の実績)
・第1回：6月24日(木) 第2回：9月30日(木)
・第3回：12月23日(木) 第4回：3月24日(木)

(令和4年度の開催計画)
・第1回：9月22日(木) 第2回：2月ごろ開催予定

令和4年度の目標：
・意見交換や情報共有、勉強会をおこなうことで、訪問介護事業所の横のつながりを深め、訪問介護員の質の向上を目指す。
・中部地区の訪問介護事業所が自立して連絡会を運用できるよう支援する。

中部地区訪問介護事業所連絡会への登録

- ・当連絡会は登録制となっています。
- ・訪問介護事業所同士の横のつながりの強化、また連絡会の一員であるという意識をもってもらいたいと考えています。
- ・この案内は中部地区にあるすべての訪問介護事業所に郵送していますが、次回からは基本的にメールでの案内となりますので、ぜひご登録をお願いします。
- ・登録していただくと、連絡会開催の案内のほか、研修会や最新情報の案内なども届くようになります。
- ・当連絡会の登録事業所を増やしていき、広域での顔の見える関係や協力体制をつくりましょう。



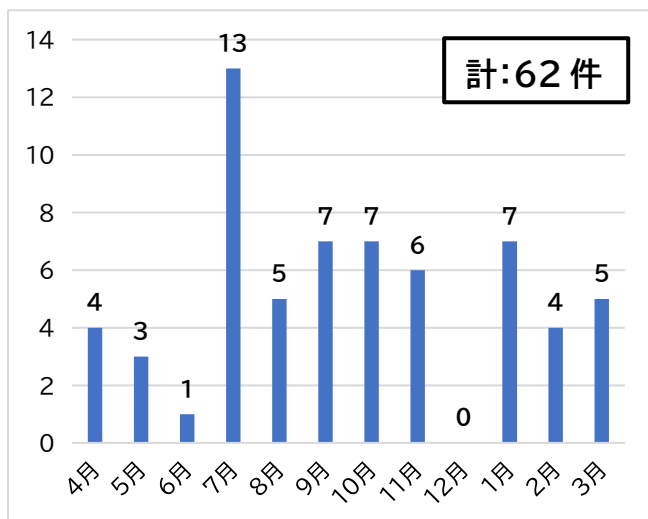
相談支援

(1)在宅医療・介護連携に関する相談窓口

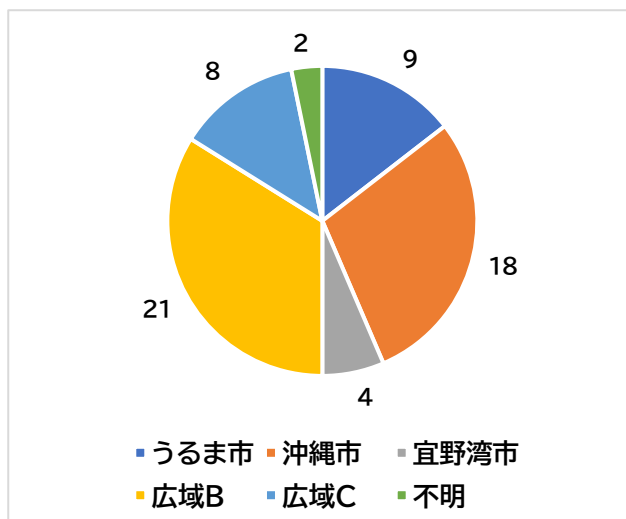
【目的】

在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置することにより、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センター、地域住民から、在宅医療・介護連携に関する相談等を受付け、連携調整、情報提供等により、その対応を支援する。

【月別相談件数】



【市町村別割合】



【主な相談内容】

●地域資源の情報提供に関すること

- ・日曜日、自費対応しているヘルパー、ショートステイを探している。
- ・看取り対応できる訪問診療所、訪問看護ステーションを探している。
- ・外国語通訳のサービス、または通訳補助ができる医療機関の情報はあるか？
- ・医療行為を行える施設、キーパーソン不在でも受け入れ可能な施設を探している。
- ・送迎付きの透析医療機関を探している。
- ・地域ごとの介護サービス一覧はあるか？

●施設体制に関すること

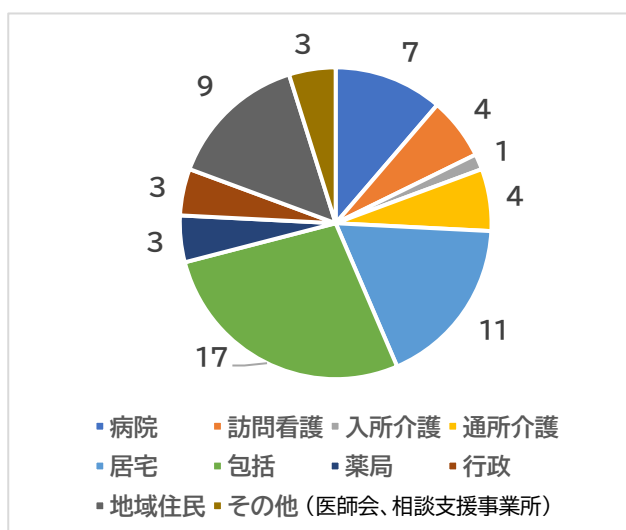
- ・介護職員の喀痰吸引研修について、施設基準など手順を教えて欲しい。
- ・訪問看護ステーション導入の際の、医師への指示書依頼手順について教えて欲しい。

●新型コロナに関すること

- ・新型コロナ濃厚接触者の対応可能なデイサービス、ショートステイ、訪問サービスを探している。
- ・有症状であるが移動ができない高齢者がいる。検査を受けてもらうにはどのようにすれば良いか？

など

【事業所別割合】



地域住民への普及啓発

(1) ACP(アドバンス・ケア・プランニング:人生会議)出前講座

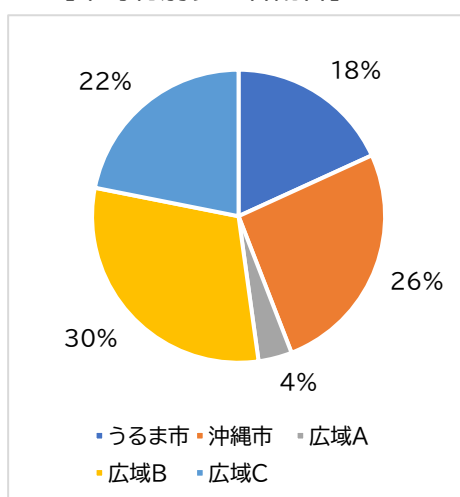
【趣旨・ねらい】

地域住民が自分らしい暮らし、人生のあり方を考えるきっかけになるように、ACP 普及啓発アニメーション動画、命しるべ・エンディングノート冊子等を活用した ACP 普及啓発講座を実施し理解促進を深める。なお、コロナ禍のため地域で行われている老人会・町内会等のコミュニティを対象とし、当センターコーディネーターによる出張型の出前講座を実施する。

【月別開催件数と参加人数】

	件数	人数
8月	1	30
9月	3	36
10月	0	0
11月	4	54
12月	2	45
1月	2	22
2月	5	120
3月	1	7
計	18件	314名

【市町村別参加者割合】



【参加・理解について】

参加について	割合
とても良かった	68%
良かった	27%
どちらともいえない	4%
未回答	2%

理解について	割合
とても理解できた	63%
まあまあ理解できた	33%
どちらともいえない	2%
あまり理解できなかった	1%
未回答	1%

【参加者の感想(一部抜粋)】

人生の最期や自分の価値観について知ることができてよかった。家族とも話し合っていこうと思う。
もしバナゲームで自分の思いを改めて感じられ、自分を見つめ直す機会ができました。人の意見を聞いて自分にはない視点や考えもわかった。在宅ゆい丸センターを知れて良かったです。
気づきの多い研修でした。エンディングノートも作成してみたいと思います。
親・夫、全員の死を見送りました。今日の講座はとても胸にひびき切実でした。日々頭から離れない問題ばかりで身にしみました。
ゲーム感覚で行う事にメリットを感じました。家族とも、もしバナゲームをしたいと思います。

【今後】

- ・地域で行われている老人会・町内会等のコミュニティを対象とした出前講座の継続。
- ・市町村や地域包括支援センター職員、地域の介護事業所等へ、担い手を増やすための出前講座の拡大。



地域住民への普及啓発

(2)その他、既存ツールを活用した普及啓発

①YouTube、在宅ゆい丸センターホームページにてアニメーション動画掲載



※YouTube 視聴回数:8.4 万回視聴(令和 5 年 3 月 23 日時点)

②市町村担当者と調整し、市町村広報誌(11~12月号)等に ACP 記事掲載

11月30日は「いい看取り・看取られ」人生会議の日
～アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)～

在宅医療・介護連携推進事業

アドバンス・ケア・プランニングを知っていますか?
将来の変化に備え、将来の医療とケアについて、本人を中心にご家族や近しい人、医療・ケアチームが話し合い話し合いを行い、本人の意思を共有する取り組みのことを「人生会議」とも呼びます。

11月30日は、「いい看取り・看取られ」の人生会議の日です
自分自身、また親や祖父母などの大切な人が、人生の最期まで後悔なく地域で自分らしく過ごすことができるよう、元気なうちから、好きなこと・楽しいこと・大切な人など、ゆたたくしてみませんか?

「命しるべ」(エンディングノート)を書いてみませんか
沖縄県地域包括支援センターおよび市町村保健所 介護保険課 地域支援担当(※併 地下2階)で「命しるべ」と「エンディングノート」を受け取ることができます。※数に限りがございます。

お問い合わせ 介護保険課地域支援担当 (内線 3090・3086)

お知らせ エンディングノート
先着 100 人へ無料配布

福址課 地域包括支援センター 係 ☎ 982-9234

あなたの大切なことを書き留めておく「エンディングノート」を窓口で無料配布しています。
自分らしい暮らしを最期まで続けるために、元気なうちから考えてみませんか。

▲人生会議についてのアニメーション動画「命の道しるべ」(中部地区医師会監修)が視聴できます。

11月30日(いい看取り)は人生会議の日です。人生会議とは、自分が希望する医療やケアを考えた上で周囲と相談し、本人の意思決定を支援するプロセスのことです。

11月11日は「介護の日」・11月30日は「人生会議の日」です

- 人生会議をご存じですか?
自分らしい人生を生きるために、ご自身が望む医療やケアについて、本人を中心にご家族や近しい人、医療・ケアチームと話し合い話し合いを行い、本人の意思を共有する取り組みのことを人生会議または ACP(アドバンス・ケア・プランニング)といいます。
- なぜ、人生会議をするの?
誰でもいつまでも、命にかかわる大きな病気やケガをする可能性があります。そのような人生の最終段階において、多くの人が自分の想いを伝えられず、望む医療やケアを受けられないことがあります。また、ご家族もどうすることが一番良いのか、判断に迷うことがあります。元気なうちから「ご自身がこれまでどう生きてきて、何を大切にしているか、これからどこで、誰と、どのように過ごしていきたいか」などをゆたたくしてみませんか?

命しるべ エンディングノート

人生会議 アニメーション動画

自治会やサークル、職場などで「もしバナゲーム」を取り入れた人生会議の説明会を行っています。また、地域包括支援センターでは介護についてのお悩みや相談もできますので、気軽にお問い合わせください。

お問い合わせ 恩納村地域包括支援センター(福祉課内) ☎966-1207

もしものときのために、「人生会議」 11月30日(いい看取り・看取られ)は人生会議の日

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取り組みを「人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)」と呼びます。自分が希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の理解する人たちに話し合い、共有することが重要です。

福祉課地域包括支援センターでは、自分らしく生活していくことについて考えるきっかけや、また、ご家族やあなたの大事な方、信頼している方、あるいは医療・介護関係者と話すきっかけとして、「命(めい)しるべ」～命の道しるべ～2019年3月発行を希望される方に配布しております。数に限りがございますので、(100冊)予めご了承ください。

他、エンディングノートも準備しております。(100冊)

※このような取り組みは、個人の主体的な行いによって考え進めるものです。知りたくない方、考えた方がいい方の十分な配慮が必要で、詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

また、令和2年度在宅医療・介護連携推進事業を一般社団法人中部地区医師会に事業委託し、「命の道しるべ」YouTube動画を制作し、配信しております。下のQRコードから観ることができます。ぜひご覧ください。

地域包括支援センター TEL: 956-0849

③沖縄タイムス週刊ほ〜むぱらざに エンディングノート記事掲載

後継者「終活」希望伝えるエンディングノート

エンディングノート書いてみたら

気持ちも家もスッキリ

基本情報

性別	生年月日	職業	介護
電話番号	住所	希望する医療・ケア	希望する場所

告知・延命処置

告知について

延命処置について

無料で配布、ダウンロード

希望伝えるエンディングノート

➔ ①、②掲載後、地域住民より、市町村及び在宅ゆい丸センターへ問い合わせ増加。

医療・介護関係者の情報共有支援

(1)在宅ゆい丸センターホームページ

在宅ゆい丸センター
ホームページ

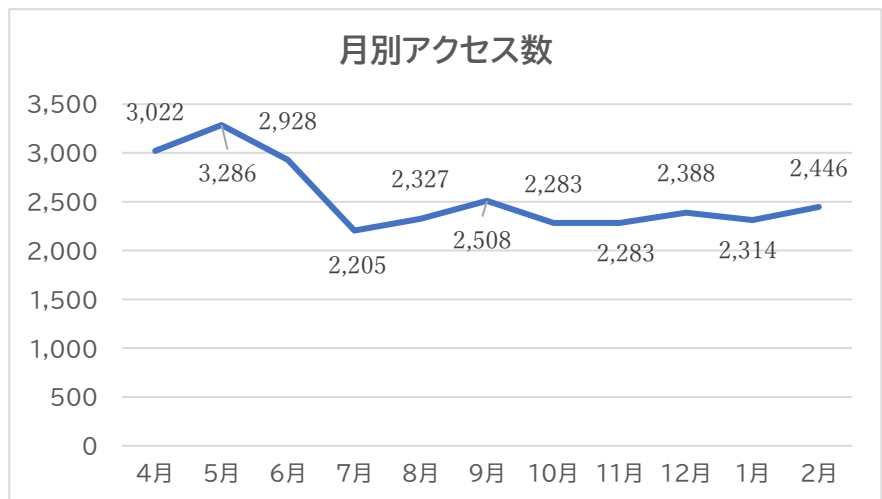


【目的】

患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われるよう支援するため、ホームページ・メーリングリストを活用して研修等の速やかな情報提供を行う。

【月別アクセス数】

	アクセス数	前月比
4月	3,022	-
5月	3,286	+264
6月	2,928	-358
7月	2,205	-723
8月	2,327	+122
9月	2,508	+181
10月	2,283	-225
11月	2,283	±0
12月	2,388	+105
1月	2,314	-74
2月	2,446	+132
月平均	2,545	-



【実績】

	記事投稿回数	メール送信回数	登録者数
4月	2	2	803
5月	4	4	804(+1)
6月	4	4	805(+1)
7月	4	2	807(+2)
8月	6	5	815(+8)
9月	8	5	815
10月	1	2	823(+8)
11月	9	6	826(+3)
12月	11	7	829(+3)
1月	6	7	833(+4)
2月	6	5	835(+2)
計	61回	49回	835

【ページ一覧】

- トップページ
- お知らせ・ニュース
- 活動報告
- 医療・介護おたすけマップ
- 活動内容
- 職種紹介
- お問合せ
- リンク集
- ダウンロード
- 採用情報
- 個人情報保護方針

医療・介護関係者の連携支援

(2)入退院支援連携マナーブック

在宅ゆい丸センターHP
ダウンロードページ



【主旨・目的】

以前より、入退院時の多職種連携において、「入退院を繰り返す」「情報共有不足、欲しい情報にずれがある」等の課題が挙がっている。当事業では、本人の意思を尊重した支援を行えるよう、病院側と在宅側のスムーズな連携体制構築に向け、入退院時における連携・支援のポイント、マナー等についてまとめた「入退院支援連携マナーブック」を平成 30 年度に作成、配布・周知活動を継続実施している。

【主な掲載内容】

- 入退院支援における共通マナー(P4)
- 病院とケアマネの動き、フローチャート(P5～6)
- 地域の医療と住宅サービス(P7～15)
- 医療介護連携にかかる主な介護報酬・診療報酬加算(P16～17)
- 連携時の参考シート一覧(P18～20)
- 中部地区圏域 病院連携窓口一覧(P25～27)
- 中部地区圏域 在宅療養支援診療所一覧(P27～33)



【使用した方の声と活用例】 ※令和 2 年 1 月アンケート調査結果より一部抜粋。

- ・今まではどこに連絡するかわからなかったのが、探しやすくなった。
- ・往診対応病院の体制等の説明に活用しました。
- ・各職種・機関の特徴や動きの流れが図やフローチャートでわかり易かった。
- ・入居者が入院した際、退院時の調整に役立ちました。在宅支援診療所、包括の一覧があり相談調整する時に役立ちました。
- ・一般常識としてのマナーの記載がある事でより意識することができる。
- ・勉強会等にて使用(活用)できる。
- ・相手の立場を考えて連携できるので良い。

【令和 4 年度の周知活動内容】

- ・令和 4 年度診療報酬改定に伴い、制度や加算の情報、事業所の連絡先等の掲載内容を修正。
- ・入退院支援多職種研修会の参加者へ冊子の紹介。
- ・在宅ゆい丸センターホームページにて、データ上で情報提供。
- ・挨拶回りの際に、冊子の紹介。

【今後】

- ・様々な取り組みを通して周知活動の継続。
- ・介護報酬、診療報酬の改定時に、掲載内容の修正。その他、掲載内容の見直し検討。
- ・必要に応じ、活用状況アンケート調査を実施し、現状把握を行う。

医療・介護関係者の連携支援

(3)介護施設等における在宅・救急連携の基本的な心得

【主旨・目的】

高齢者入所施設や自宅で最期まで療養することを希望している高齢者の病状が急変した際に、本人の意思に沿わず救急搬送されている現状がある。当事業の一環として、人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の意思が尊重されるよう、下記2点の体制強化を推進する事を目的とする。

- ①日頃から、本人や家族が希望する医療やケアを確認し、関係者間で共有する。
- ②本人の急変時の対応方法について関係者間で検討、共有する。

【主な掲載内容】

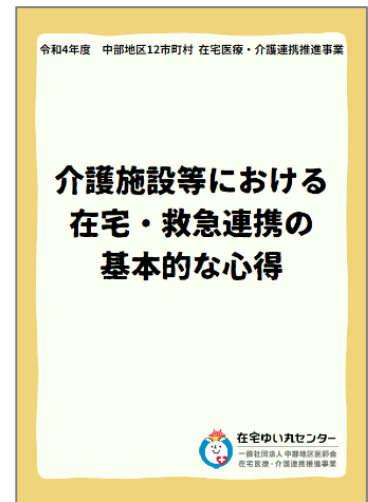
- 「介護施設向け」の心得・ポイント(P3)
- 「かかりつけ医向け」の心得・ポイント(P4)
- 「病院向け」の心得・ポイント(P5)
- 「救急隊向け」の心得・ポイント(P6)
- その他、補足の情報(P7)

【令和4年度の周知活動内容】

- ・令和3年度に策定した「介護施設等における在宅・救急連携の基本的な心得」チラシ作成。
- ・急変時対応多職種研修会の参加者へ心得の紹介。
- ・在宅ゆい丸センターホームページにて、データ上で情報提供。

【今後】

- ・様々な取り組みを通して周知活動の継続。その他、周知方法の検討。
- ・令和5年度、活用状況アンケート調査を実施し、現状把握を行う。



<h3>介護施設向け</h3> <ol style="list-style-type: none">入所時にはACPを含めた意向の確認を行います。命しるべインフォラットを活用できます。 医療処置に関する確認は、かかりつけ医と相談し情報の共有をお願いします！入所者が積極的な延命治療を希望していない事が分かったら、看取りを行えるか、医療・介護ケアチームで検討しましょう。ACPを含む入所者の情報をまとめた情報共有シート等を作成し、日頃より施設関係者間で共有しましょう。また、定期的に情報の更新を行います。積極的な延命治療を希望していない入所者が過院困難となった場合、往診を行う事ができるか、かかりつけ医に確認しましょう。病状の変化を起こす可能性が高い入所者について、医療・介護ケアチームでACPや対応方針等を共有しましょう。 <p>上記のような入所者の対応等の共有を行う事で、職員の安心に繋がります！ 迅速に指示の確認を行えるよう、あらかじめかかりつけ医療機関の窓口を把握しておきましょう！</p> <p>救急搬送は救命を目的としているため、搬送中に心臓蘇生等の処置を行います。ACPやDNRの意向確認が行われている場合、かかりつけ医と相談して救急車を要請するか判断しましょう。</p> <p>救急搬送の際は、情報共有シート等を活用して救急隊へ情報提供を必ず行いましょう。情報提供が不十分だと、聞き取りに時間を要する事があります。</p>	<h3>かかりつけ医向け</h3> <ol style="list-style-type: none">施設職員やケアマネジャー等からかかりつけ患者のACPに関する相談や話し合いを求められた際は、可能な限り応じ、医療情報の提供や今後についてともに検討しましょう。かかりつけ患者が積極的な延命治療を希望していないことが分かったら、往診を行えるか事前に施設関係者に伝えましょう。 <p>◎対応できない場合は、往診を行っている医療機関に紹介する等の検討を行います！</p> <ol style="list-style-type: none">日頃より、施設関係者を含めた医療・介護ケアチームでかかりつけ患者のACPや疾患の病状、病状が変化した場合の対応方針等を共有しましょう。かかりつけ患者が救急搬送された場合は、速やかにACPの内容を含めた診療情報の提供を行います。 <p>●往診対応が可能な医師の探し方 住み慣れた施設や自宅で最期まで過ごすことを希望している場合、方が一時的にかかりつけ医による施設や自宅への往診対応が重要となります。 「医療・介護おたすけマップ」で在宅医療を行っている医療機関を検索するか、在宅ゆい丸センターまでご連絡ください。</p> <p>●医療・介護ケアチームとの情報共有について かかりつけ患者の病状が変化した場合等に開催される担当者会議に参加していただき、医療・介護ケアチームで情報共有する事で、かかりつけ患者の希望に沿った支援に繋がります。</p>	<h3>病院向け</h3> <ol style="list-style-type: none">介護施設等に入所している、もしくは退院後に新規入所する患者が退院する際には、かかりつけ医やケアマネジャーに対してACPを含む患者情報の提供を行います。積極的な延命治療を希望していない方も、診断もしくは症状緩和と治療を目的に病院を受診（救急搬送含む）する事はあります。その際は、本人の意向を確認し適切な医療を行います。介護施設等から救急搬送される患者について、施設職員同業の有無で受け入れの判断をしないようにしましょう。 <p>職員が不足している時（特に夜間等）は、救急車に同乗する事で残された入所者の見守りができず危険にさらされてしまうため同業が困難です！</p> <p>施設職員の間業があった場合、長時間院内に引き留めないようにしましょう。救急一時帰院などでスムーズな院内連携を図り、患者情報の共有を行います。</p> <p>◎院内に長時間拘束されている間、本来行うべき業務ができず介護業務の負担が大きくなってしまいます！</p> <p>●ケアマネが必要な情報 看護ケアリレー、リハビリケアリレー、診療情報提供書（医師の同意の上）、処方情報、入院中の経過や状態、退院後注すべき事項（夜間の見守り、受診日時など）、入院中に確認した本人・家族の意向や希望 など 退院時の患者状態が、サマリーに記載されている情報と異なっている事があります。退院時の本人情報（身体、食事など）も必要です。</p> <p>退院前に新規でケアマネが付く場合は、上記情報に加え、病院側が持っている本人・家族の基本情報 など</p>	<h3>救急隊向け</h3> <ol style="list-style-type: none">介護施設等に入所者を救急搬送する際は、施設内の状況（夜間等、職員不足など）によっては施設職員が同業できない場合がある事を理解しましょう。 <p>◎職員が不足している時に同業を求めると、残された入所者の見守りができず危険にさらされてしまいます！</p> <p>●救急業務とは (1) 医療機関へ緊急に搬送する必要があるものを、救急隊によって、医療機関等へ搬送すること（傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間において、緊急やむを得ないものとして、応急の手当てを行うことを含む）をいいます。（消防法第二条第九項） (2) 救急隊員は、傷病者を医療機関その他の場所に収容し、又は救急現場に医師が到着し、傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間において、傷病者の状態その他の条件から必要措置を講じなければならぬ責務を負担しており、又はその責務が果たされる見込みがあるに認められる場合に応急処置を行うものとされています。（救急隊員の行う応急処置等の基準第三条）</p> <p>消防庁メディカルコントロール協議会 平成27年12月18日開催 DNR（蘇生指示）指示書と救急業務対応について（依頼）通知文書より</p> <p>●高齢者福祉施設等における救急ガイドブック 救急搬送や救急要請のポイント、救急連絡シートと記入例等がまとめたガイドブックを、うるま市消防本部が作成しています。（定期的な改訂あり） 救急連絡シートの項目を、各施設のシートと照らし合わせ、不足がある場合は、参考にして項目の追加などを検討しましょう。</p>
--	--	---	--

医療・介護関係者への研修
 (1)カテゴリー別の多職種研修会



●「入退院支援」をテーマとした多職種研修会

【テーマ】

「入退院時におけるスムーズな連携体制には何が必要か？～多職種で紡ぐ在宅生活～」

【目的】

- ・グループワークを通して、多職種の視点や考え方を理解し、各職種が連携を図るためのポイント(どのタイミングで、どのような連携・調整が必要か)を知ることができる。
- ・退院後も在宅で本人が望む生活が継続できるよう、職種間で必要な情報提供ができ共有する事ができる。
- ・連携時に必要なマナー等を知ること、スムーズな連携を図ることができる。(入退院支援連携マナーブックの周知)

【開催日時／開催方法】

令和4年8月24日(火)19:00～21:00／オンライン(Zoom ミーティング)

【研修協力者】

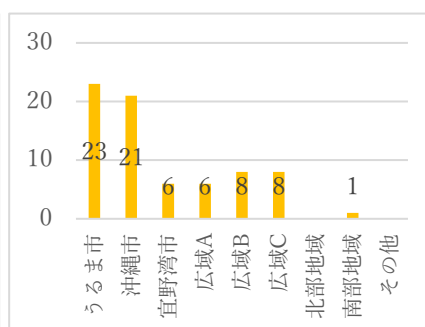
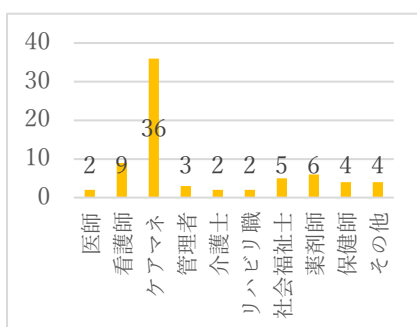
挨拶	末永 正機(中部地区医師会老人保健担当理事)	
座長	多鹿 昌幸(読谷村診療所)	
登壇	秦 克之(中頭病院)	上原 正美(中頭病院)
	新垣 俊(介護支援センターさんだん花)	玉城 沙由美(どリーむ訪問看護ステーション)
	山口 尚子(el sol 元氣のたね)	
ファシリ	前田 耕平(ケアプランイーズ C&S)	久場 良朗(居宅介護支援事業所 LIB)
	喜納 剛(ケアサービス SYM)	中山 哲郎(合同会社 Re さぼっと)
	工藤 清美(ケアプラン愛)	花城 ちさと(居宅介護支援事業所 島の風)
	大城 真也(ケアプランセンター愛聖)	本部 仁一(きづき居宅介護支援事業所)
	仲門 文子(東部クリニック介護支援センター)	新城 臣也(居宅介護支援センター幸笑)
	小浜 泰一(ケアプランセンターあうる)	大城 めぐみ(居宅介護さねり)
	松田 栄(読谷村社会福祉協議会居宅介護支援事業所)	

【研修結果】

参加者：160名以上

満足度：99%

今後に活かせるか：100%



●「療養生活支援」をテーマとした多職種研修会

【テーマ】

『高齢者の安定した療養生活を多職種で支えよう～「知る・観る・伝える」の三種の神器とは?!～』

【目的】

- ・「患者・利用者を普段から知っておく」「変化がないか意識して見る」事の重要性を理解する。
- ・「いつもと違う」違和感に気づき見逃さず、多職種へ伝えるスキルを身に付ける。
- ・グループワークを通して顔の見える関係を作る。

【開催日時／開催方法】

令和4年10月19日(水)19:00～21:00／会場(NBC 結婚式場)+オンライン(Zoom)

【研修協力者】

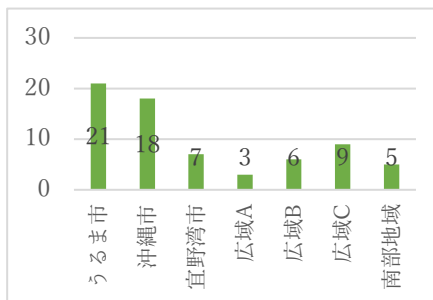
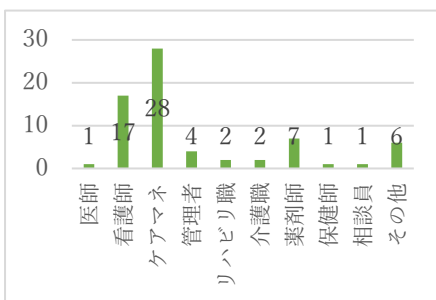
挨拶	末永 正機(中部地区医師会老人保健担当理事)	
講師	北原 佑介(ゆずりは訪問診療所)	知念 佳代子(三幸福祉カレッジ)
ファシリ	前田 耕平(ケアプランイーズ C&S)	久場 良朗(居宅介護支援事業所 LIB)
	比嘉 盛浩(居宅介護支援事業所さくらケアステーション)	中山 哲郎(合同会社 Re さぼっと)
	宮里 学(ケアプランえんまある)	工藤 清美(ケアプラン愛)
	前外間 樹(ケアプランセンターWANSTYLE)	本部 仁一(きづき居宅介護支援事業所)
	金城 裕介(ケアプランセンターWANSTYLE)	安里 隆由(居宅介護支援事業所ふくやま)
	比嘉 政枝(居宅介護支援センター幸笑)	仲村 洋樹(居宅介護支援事業所彩風の杜)
	宮川 育子(ケアプランアシスト)	小橋川 由紀乃(ケアプラン花織)
	石川 英樹(ケアプランセンターあうる)	伊礼 ルイ子(居宅介護支援事業所なごみ)

【研修結果】

参加者：97名以上

満足度：96%

今後に活かせるか：99%



●「看取り支援」をテーマとした多職種研修会

【テーマ】

「事例を通して学ぶ看取り支援の大切なこと～患者・利用者の思いに、家族と共に多職種で寄り添う～」

【目的】

- ・事例を通して、最期まで本人、家族の意向を尊重して気持ちに寄り添う支援のあり方を考える機会を作る。
- ・アドバンス・ケア・プランニング、意思決定支援を行う意味、尊厳について理解する。
- ・グループワークを通して顔の見える関係を作る。

【開催日時／開催方法】

令和4年12月1日(木)18:30～21:00／会場(NBC 結婚式場)+オンライン(Zoom)

【研修協力者】

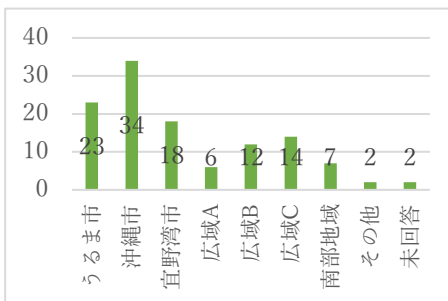
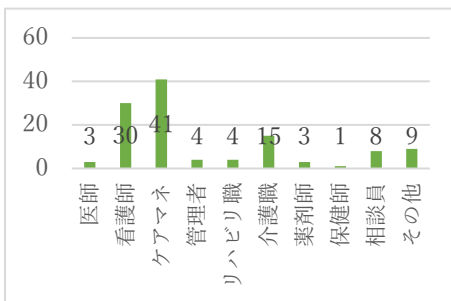
挨拶	末永 正機(中部地区医師会老人保健担当理事)	
講師	金城 隆展(琉球大学病院)	
ファシリ	前田 耕平(ケアプランイーズ C&S)	久場 良朗(居宅介護支援事業所 LIB)
	鶴永 昌弘(うるま市地域包括支援センターかつれん)	大城 真也(ケアプランセンター愛聖)
	花城 ちさと(居宅介護支援事業所 島の風)	中山 哲郎(合同会社 Re さぼっと)
	宮里 学(ケアプランえんまある)	本部 仁一(きづき居宅介護支援事業所)
	金城 裕介(ケアプランセンターWANSTYLE)	新城 臣也(居宅介護支援センター幸笑)
	仲村 洋樹(居宅介護支援事業所彩風の杜)	小橋川 武(ケアプランふたふあ)
	宮川 育子(ケアプランアシスト)	小橋川 由紀乃(ケアプラン花織)
	小浜 泰一(ケアプランセンターあうる)	仲宗根 豊(介護計画相談所 さとうきび)
	佐久川 伊弘(NPO 法人ゆくり)	東 佑介(宜野湾市役所介護長寿課)
	長嶺 みどり(沖縄市地域包括支援センター)	菊池 和世(読谷村地域包括支援センター)

【研修結果】

参加者：152名以上

満足度：96%

今後に活かせるか：97%



●「急変時対応」をテーマとした多職種研修会

【テーマ】

「事例を通して考える 段階に応じた ACP と多職種連携～その人が、その人らしく、いられるために～」

【目的】

- ・ACP、日頃の体制や搬送時の連携体制作りの重要性、各専門職の役割等を理解する。
- ・グループワークを通して顔の見える関係作り、共有の場の提供。
- ・前年度策定した指針の周知。

【開催日時／開催方法】

令和 5 年 3 月 2 日(木)19:00～21:00／オンライン(Zoom ミーティング)

【研修協力者】

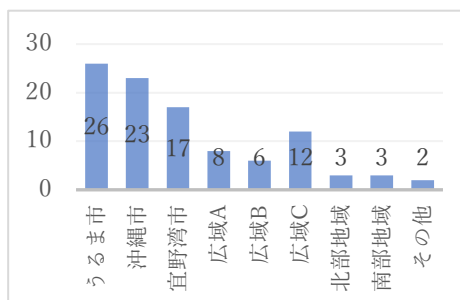
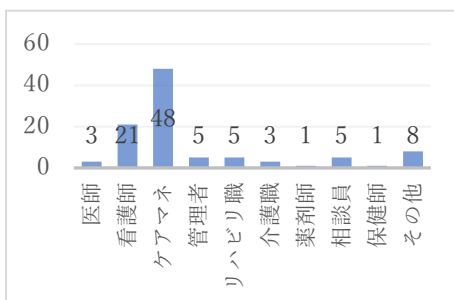
挨拶	末永 正機(中部地区医師会老人保健担当理事)	
座長	山入端 浩之(ファミリークリニックきたなかぐすく)	
登壇	友利 隆一郎(中部徳洲会病院)	奥間 裕次(おくまクリニック)
	松田 温(沖縄市消防本部 泡瀬出張所)	新垣 俊(介護支援センターさんだん花)
	山内 洋勝(ふれあい介護センター)	
ファミリ	前田 耕平(ケアプランイーズ C&S)	久場 良朗(居宅介護支援事業所 LIB)
	花城 ちさと(居宅介護支援事業所 島の風)	中山 哲郎(合同会社 Re さぼっと)
	仲本 豊(ケアプランセンターみどり町)	工藤 清美(ケアプラン愛)
	比嘉 盛浩(居宅介護支援事業所さくらケアステーション)	宮里 学(ケアプランえんまある)
	前外間 樹(ケアプランセンターWANSTYLE)	大城 真也(ケアプランセンター愛聖)
	金城 裕介(ケアプランセンターWANSTYLE)	伊禮 ひろみ(ケアプランもみの木)
	新垣 淑公(中部地区医師会居宅介護支援事業所)	仲門 文子(東部クリニック介護支援センター)
	久保田 勲(沖縄市地域包括支援センター東部北)	比嘉 政枝(居宅介護支援センター幸笑)
	小橋川 武(ケアプランふたふぁ)	新城 臣也(居宅介護支援センター幸笑)
	宮川 育子(ケアプランアシスト)	玉城 竜一(比謝川の里)
	松田 栄(読谷村社会福祉協議会居宅介護支援事業所)	志良堂 幸次(ケアプランニングらいふりい)
	呉屋 幸市(西原町地域包括支援センター)	田村 寿乃(小規模多機能ホームいきがいのまちうるま)

【研修結果】

参加者：138 名以上

満足度：99%

今後に活かせるか：100%



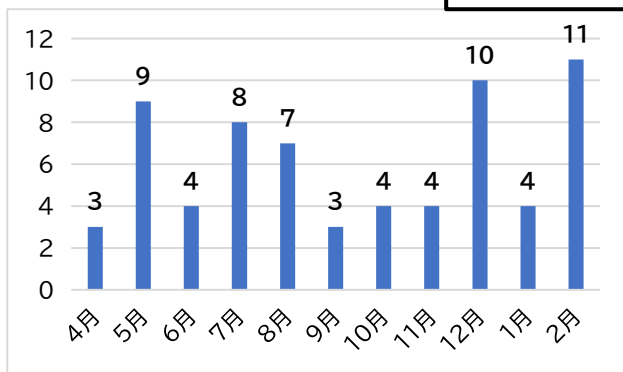
医療・介護関係者への研修

(2)貸出 DVD 研修

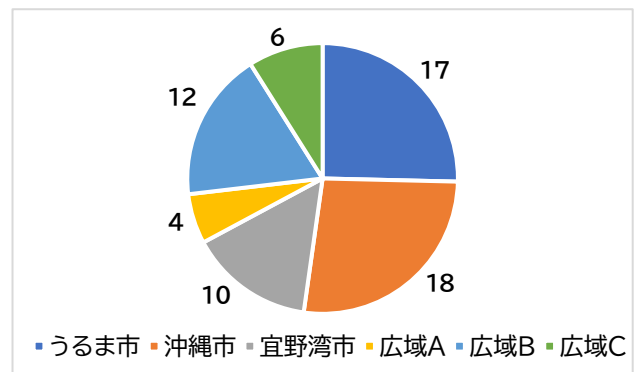
【目的】

当事業では、医療・介護関係者を対象とした多職種研修会を定期開催しているが、人員不足や業務調整の難しさ等により介護職員が参加できない現状がある。新型コロナの発生もあった事から、施設内研修に役立てられるよう、令和2年度よりテーマ別のDVD貸出を実施、継続運用している。

【月別貸出本数】



【市町村別貸出本数】

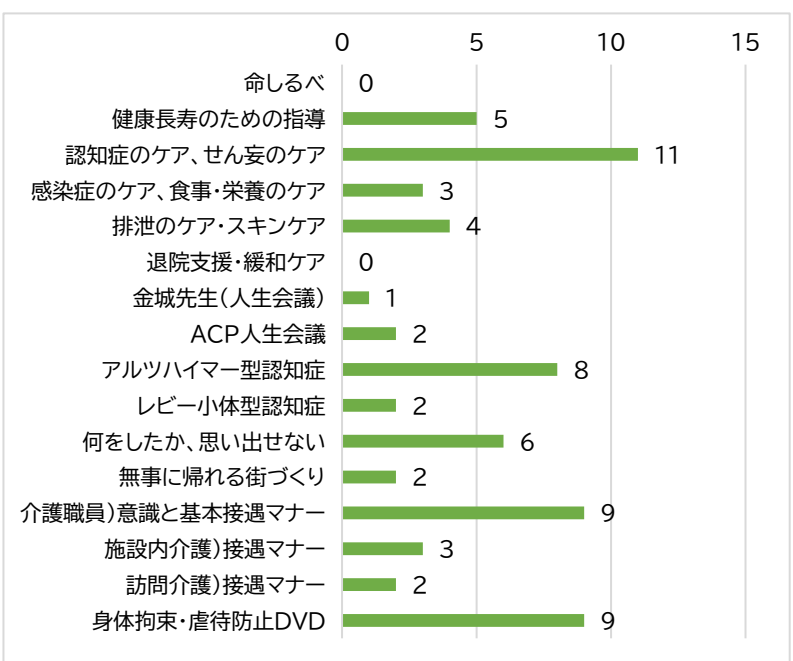


【事業所別貸出本数と視聴人数】

事業所	貸出本数	視聴人数
診療所	1	4
訪問看護	8	11
通所リハ	5	39
居宅	4	20
包括	3	5
訪問介護	9	55
通所介護	24	123
入所介護	9	62
その他	4	26
計	67本	345名

小規模多機能居宅介護 3件
ショートステイ 1件

【DVD別貸出件数】



【DVD貸出研修を活用した方の声】

- ・DVDを見たり、現場の問題などを話し合い勉強になった。
- ・もっと多く種類があると助かる。
- ・また利用したい。コロナ禍で研修に時間を要するのが厳しくなっているがDVDがあると助かる。
- ・映像と音声から情報が入ってくるので、内容が理解しやすかった。
- ・ご家族と一緒に見られるような「家族向け」もあるといいと思う。 など

アンケート感想		
感想	回答数	割合
良かった	243人	92.7%
普通	19人	7.3%
あまり良く なかった	0人	0.0%
計	262人	100.0%

医療・介護関係者への研修

(3)ファシリテーション養成講座

【主旨】

ファシリテーション力とは、関わる人の発言を促しながら多様な意見を理解・整理していき、重要なポイントを引き出しつつ、議論を収束させ合意形成をサポートするという一連の行動を指す。また、関わる人の腹落ち感を生み出し、それぞれの知恵とやる気が引き出され、主体的に動き、協力して課題解決に向けられる事がファシリテーションの最大の目的と言われている。

医療や介護の現場で患者・利用者支援を行う際、必ず他職種との関わりがあり、様々な場面で情報共有や意見交換が行われる。患者・利用者支援を行うにあたり、このような能力は重要であると考え、6月に基礎編、10月に応用編として2回開催し、理解促進を図る。

【目的】

- ・グループワーク時にファシリテーターがいなくても皆が自主的に発言できるようになる。
- ・ファシリテーションについて理解を深め、手法を身につける。
- ・医療・介護の現場において、他職種や利用者との関わりの際に手法を活用する。
- ・多くの医療・介護関係者が、主体的に動き協力して課題解決に向かう事ができる。

【開催日時／開催方法】

第1弾(基礎編):令和4年6月22日(水)19:00~21:00/オンライン(Zoom ミーティング)

第2弾(応用編):令和4年10月26日(水)19:00~21:00/オンライン(Zoom ミーティング)

【研修協力者】

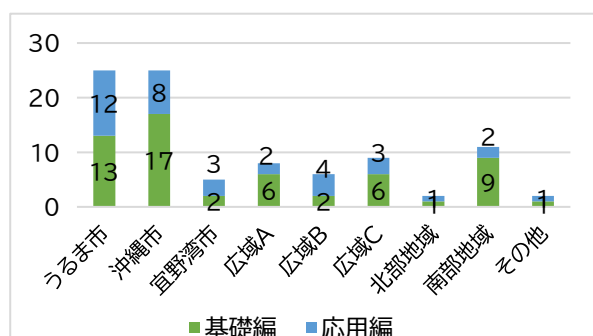
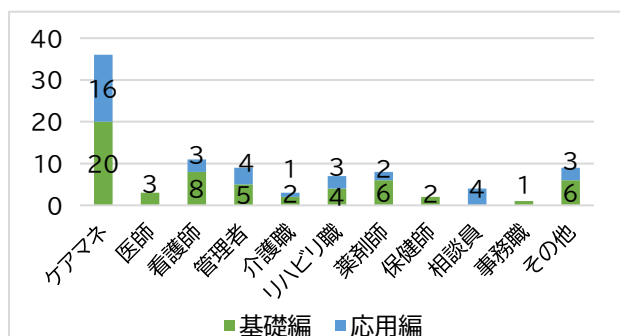
挨拶	末永 正機(中部地区医師会老人保健担当理事)
講師	玉城 竜一(社会福祉法人幸仁会 比謝川の里)
ファシリ	中山 哲郎(合同会社 Re さぼっと)



【研修結果】

	第1弾(基礎編)	第2弾(応用編)
参加者	123名	56名
満足度	84%	
今後活かせるか	89%	

※第2弾の案内は、主に第1弾の参加者へ行った。



9. 総括

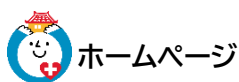
中部地区 12 市町村より在宅医療・介護連携推進事業を受託し 6 年目となる。令和 4 年度においても、医療と介護を必要とする状態になっても、住み慣れた地域で自分らしく過ごす事ができるよう、中部地区 12 市町村の事業担当者と協働し、各ブロック在宅医療・介護連携推進会議の委員(各地域の医療・介護専門職)の協力を得ながら様々な取り組みを実施した。

令和 2 年より新型コロナウイルス感染症が流行し、医療・介護関係者への研修は専らオンライン開催、また地域住民への普及啓発は活動の幅を縮小せざるを得なかったが、今年度、新型コロナの流行状況を見ながら、会場とオンラインのハイブリッド研修開催、小規模の出前講座を開催でき、対面で行う事による満足度の大きさ、顔の見える関係作りの効果等を再確認した。今後も、開催方法を柔軟に検討しながら、様々な手段を活用し継続的かつ効果的に実施していきたい。

地域課題に関して、推進会議の中で広域的な課題は十分に上がっており、それらを地域別に落とし込むための工夫・方法、さらに院内連携や一次連携等の課題への対応等が十分でないと感じられている。推進会議で話し合われた内容がどのような形で事業の参考となっているのか、そこから展開される活動の実施後の効果検証等、事業関係者への活動報告・フィードバックを十分に行いながら、一つ一つ確実に前進できるよう行政とともに展開方法を検討・改善を行う。

その他、当事業及び当センターの周知不足が以前より挙がっていた事に対し、これまで実施してきた取り組みに加え、今年度より、医療・介護事業所への挨拶回り、SNS(Instagram・Facebook)を活用した情報発信を開始し、新たな周知活動の幅を広げる事ができた。今後も、事業活動の合間に挨拶回りを行い顔の見える関係を広げながら、SNS の効果的な運用を検討していきたい。

また、今年度より、事業活動の評価やより良い事業展開を目的として、市町村担当者、各ブロック推進委員、関わりのある専門職団体へ、事業活動に関するアンケート調査を実施し、当事業の理解度や、当事業や当センターへの思い、考え等を汲み取る事ができた。様々な疾患や問題を抱えた高齢者が増加していくため、しっかりとアンケート結果を今後に活かし、関係団体・関係事業所との顔の見える関係を深めながら、効果的な事業展開を行い、地域包括ケアシステムの構築推進を図る。



中部地区 12 市町村 在宅医療・介護連携推進事業
令和 4 年度 活動報告書

発行 令和 5 年 3 月
編集 一般社団法人 中部地区医師会 在宅ゆい丸センター
住所 〒904-0113 沖縄県中頭郡北谷町宮城 1-584
TEL 098-936-8112
FAX 098-936-8207